

# PSICOLOGÍA PERINATAL: APLICACIONES DE UN MODELO DE ENTREVISTA PSICOLÓGICA PERINATAL EN EL POSPARTO INMEDIATO

**Dra. Alicia Oiberman<sup>\*\*</sup> y Lic. Elena Galíndez<sup>\*\*</sup>**

## Resumen

El objetivo de la investigación fue la construcción de una entrevista que tomara en cuenta los sucesos significativos de vida (*life event*) que pueden influir durante el embarazo y parto, a los efectos de introducir la dimensión psicosocial del nacimiento en las maternidades.

Con el propósito de incorporarla a la historia clínica neonatal, la entrevista fue transformada en 1999 en un instrumento de diseño óptico de fácil interpretación para el equipo médico.

La entrevista tomó en cuenta: el grupo familiar, las características de la pareja, la situación socio-económica, la historia familiar, la actitud ante el último embarazo, el impacto ante este nacimiento, los problemas en embarazos y partos anteriores y los temas que emergen.

Es de destacar que se registraron aquellos sucesos significativos que la madre trae en el momento de la entrevista, percibidos como preocupantes para ella en ese momento.

Se administró a madres internadas con bebés sanos y a madres sanas (sin patología de posparto) cuyos bebés permanecían internados por patología neonatal o prematuridad.

Se presentan los datos poblacionales y se analizan las temáticas surgidas de las 2.087 entrevistas administradas entre los años 1996 y el 2002 en el Servicio de Neonatología del Hospital "Ana Goitia".

**Palabras clave:** *Psicología perinatal, entrevista psicológica perinatal, neonatología, sucesos significativos.*

## Introducción

Se puede afirmar que la presencia médica en el acto de nacimiento en la sociedad occidental ha permitido disminuir el riesgo de morbilidad materno - neonatal. Pero este progreso no fue acompañado por la suficiente valoración de los aspectos psicológicos implicados durante este período.

Consideramos que el proceso de la maternidad incluyendo en él al embarazo, parto y puerperio representa una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar.

La mujer superará esta crisis en función de: su historia personal, su situación psicosocial, su personalidad y la ubicación del bebé en el encadenamiento histórico familiar.<sup>4,5,11</sup>

Por otra parte la relación entre sucesos de vida, prematuridad, bajo peso y/o patología neonatal han sido objeto de algunas investigaciones. Se han realizado numerosos estudios prospectivos sobre la influencia de factores psicológicos en las complicaciones del embarazo y del parto.<sup>1-3</sup>

Se ha comprobado que el órgano central sobre el que actúa el estrés durante el embarazo es el útero. Está demostrado que la contractilidad uterina y el flujo sanguíneo a su vez está completamente bajo control neurohumoral. Los estrógenos gobiernan la actividad parasimpática (acetilcolina), mientras que la progesterona influye indirectamente la actividad simpática (catecolaminas). *"El mecanismo contráctil básico depende de la acetilcolina (y también de prostaglandinas y ocitocina) mientras que la actividad simpática refuerza los mecanismos de expulsión para liberar el útero de su contenido (dilatación). La acetilcolina causa vasodilatación, mientras que la noradrenalina (o norepinefrina) produce vasoconstricción, y la adrenalina (epinefrina) tiene ambas acciones, dependiendo del tipo de receptores y de las condiciones hormonales. El flujo adecuado de sangre se*

\* Coordinadora del Programa de Asistencia psicológica al Atención al niño pequeño y su familia. Secretaría de Extensión Universitaria. Facultad de Psicología de la U.B.A.

# Investigadora Adjunta del CIIPME-Conicet. Integrante del Programa de Asistencia psicológica al Atención al niño pequeño y su familia. Secretaría de Extensión Universitaria. Facultad de Psicología de la U.B.A.

*Lugar de realización del trabajo:*

Hospital Materno Infantil "Ana Gotilla" (Avellaneda, Pcia. Buenos Aires). Correo Postal: Presidente Perón 2158. (CP. 1040) Buenos Aires. aoiberma@psi.uba.ar

*mantiene mientras hay un equilibrio entre el simpático (catecolaminas) y el parasimpático (acetilcolina)... La ansiedad aumenta la adrenalina mientras que la 'tensión' se asocia con descarga de noradrenalina"* (Salvatierra, pág. 102, 1990).<sup>13</sup>

Se puede pensar que las secreciones de estas hormonas son aumentadas por las emociones suscitadas por los sucesos significativos ("life event") vividos por las futuras madres.

No siempre los sucesos significativos de las madres tienen que ver con el proceso biológico de la propia maternidad. Los sucesos significativos para la madre, están a veces relegados por el peso social de la maternidad y por el producto (bebé) que llevó a cabo. Cabe aclarar que esta investigación precedió al desarrollo del campo teórico de la psicología perinatal y permitió su enriquecimiento. Su puesta en práctica, en tanto investigación-acción, fue el "motor" que permitió su desarrollo como área específica de la psicología de la primera infancia.

## Objetivos y antecedentes

El objetivo de la investigación fue la construcción de una entrevista psicológica perinatal que tomara en cuenta los sucesos significativos de vida que pueden influir durante el embarazo y parto, a los efectos de introducir la dimensión psicosocial del nacimiento en las maternidades.

La necesidad de una mayor sistematización, información y comunicación con los neonatólogos y obstetras de guardia fue el motor que impulsó la elaboración de este instrumento en el hospital donde venimos trabajando.

Sabiendo que la entrevista psicológica como tal es imposible de ser incorporada a la historia clínica, pues contiene información confidencial por parte de los pacientes y tampoco es eficaz para los médicos, se resolvió la elaboración de un nuevo protocolo.

En 1999 y con el propósito de incorporarla a la historia clínica neonatal la entrevista fue transformada en un instrumento de diseño óptico de fácil interpretación para el equipo médico.<sup>8,10</sup>

La fundamentación teórica para la construcción del instrumento fue considerar que la madre atraviesa una **doble crisis**: una es la **crisis vital** y la otra es la **crisis circunstancial** dada por la internación del bebé en un Servicio de Neonatología o por su propia internación a raíz de problemas obstétricos.<sup>9</sup>

La resignificación de sucesos de vida relatados por la madre en los momentos de la indagación psicológica, fue lo que llevó a considerar de qué forma estos acontecimientos podían influir en el nacimiento del hijo.

Se han realizado estudios prospectivos sobre la influencia de factores psicológicos en las complicaciones del embarazo y del parto.

El trabajo de investigación realizado durante 1998 comprobó la incidencia de los factores psicológicos en las amenazas de partos prematuros, de algunas patologías neonatales, de bebés de bajo peso y muertes fetales.<sup>11</sup>

Se comparó un grupo de 80 madres con bebés internados en Unidad de Terapia Intensiva con otro grupo de 80 madres cuyos bebés permanecían en sala de internación conjunta. Se demostró que los "life event" eran significativamente mayores en el grupo de madres con bebés internados ( $P < 0,001$ ).<sup>6</sup>

Las madres del grupo experimental habían padecido problemas en 55 casos y las madres del grupo control manifestaron problemas en sólo 25 casos sobre 80.

En relación a los temas que surgen durante la entrevista, se registraron aquellos **sucesos significativos que aparecen como la preocupación principal** de la madre en el momento de la misma, esté o no relacionada con su maternidad. En el inicio de este trabajo nuestra mirada apuntaba a detectar situaciones que afectaban a la madre y su grupo familiar durante el último año. Sin embargo, la construcción de este instrumento nos ha permitido constatar la incidencia de ciertos sucesos significativos, tales como muertes de hijos o personas cercanas ocurridas en años anteriores. Asimismo, vivencias traumáticas de la infancia eran muchas veces resignificadas ante la llegada del hijo.

Se tomó en cuenta además cómo el embarazo en sí mismo podía ser vivido como un elemento de preocupación, ya sea por problemas físicos (hipertensión, contracciones, etc.) o psicológicos asociados al embarazo (temores, ansiedad, etc.). Y por último se detectó el impacto que producía ese nacimiento en la madre y su pareja.

## Material y Método: Entrevista psicológica perinatal de diseño óptico

La entrevista tomó en cuenta: el grupo familiar, las características de la pareja, la situación socio-económica, la historia familiar, la actitud ante el último embarazo, el impacto ante este nacimiento, los problemas en embarazos y partos anteriores y los temas que emergen.

Es de destacar que con relación a los temas se registraron aquellos **sucesos significativos que aparecen como la preocupación principal** de la madre en ese momento.

Se administró en las siguientes situaciones:

1. **Madres internadas por causa materna** cuyos bebés no presentaban ningún trastorno.
2. **Madres sanas** (sin patología de posparto) cuyos bebés permanecían internados por patología neonatal o prematuridad.

La entrevista se administraba entre las 24 y 72 horas de producido el nacimiento, en muchas oportunidades la misma fue realizada en presencia de la pareja y en diferentes situaciones: en la unidad de terapia neonatal ante el bebé en la incubadora, en el consultorio psicológico que tenemos asignado en el hospital en el mismo piso de la terapia o de las salas de internación conjunta.

La aplicación de la entrevista en el Servicio de Neonatología permitió clasificar la problemática materna en seis categorías:

1. Problemas de pareja.
2. Tema de la muerte.
3. Causa social.
4. Preocupación por otros hijos.
5. Problemas maternos asociados al embarazo: físicos y psicológicos.
6. Conflictos en la infancia.

A raíz de esto en los últimos años, se pudo subdividir a estas categorías detectadas como preocupantes para la madre. Los mismos son:

1. **Sucesos significativos ("life event"):** Cabe destacar que surgieron 22 clases de sucesos inscribiendo si el mismo ocurrió en el último año o en años anteriores. Han sido clasificados en lo siguiente:

**Pareja:**

1. Separación durante el embarazo.
2. Violencia.
3. Otros.

**Muertes:**

4. Muertes de hijos previos.
5. De la pareja.
6. De otros familiares o personas cercanas.

**Social:**

7. Desocupación, problemas económicos.
8. Violencia familiar.
9. Violencia barrial, policial, familiar preso.
10. Adicciones.
11. Desarraigo.
12. Abuso sexual o violación a la madre.
13. Abuso sexual o violación alguien del entorno.
14. Otros.

**Problema actual:**

15. Accidentes.
16. Enfermedades.
17. Mudanzas (traslado durante el embarazo).
18. Otros.

**Problemas con otros hijos:**

19. Patología similar en otro hijo.
20. Preocupación por otros hijos.
21. Abandono o sustracción de otro hijo
22. Otros.

2. **Problemas maternos físicos asociados al embarazo:** Internación durante el embarazo, Presión alta, pérdidas, diabetes, HIV, ETS, Chagas, otros.

3. **Problemas maternos psicológicos:** Temor por la salud del bebé, por la salud propia, presentimiento de parto prematuro, angustia, psicosis, otros.

4. **Conflictos infantiles:** Abandono, fallecimiento de los padres, violación o abuso en la infancia, otros.

5. **Impacto ante el nacimiento:** Dificultad de vínculo, dificultades de lactancia, angustia por patología del

**Tabla 1.** Edad del padre (HMI "Ana Goitía", Avellaneda, 1996-2001).

Años	<20 años	21-30	31-40	≥41	Sin datos	Total
1996	32 12%	121 46%	67 26%	23 9%	19	262
1997-8	75 12%	305 49%	151 24%	51 8%	40	622
1999	69 19,5%	176 46,8%	98 26,8 %	19 5%	37	380
2000	48* 17,5%*	136 49,7%	63 23,7%	25 8,7%	21	295
2001	42** 17,6%**	117 49,2%	60 23,1%	19 7,1%	25	263
2002	30 12%***	127 51%	64 31%	29 11,6%	13	263
<b>Total</b>						<b>2.085</b>

\* 2 padres de 16 años (2000). \*\* 3 padres de 16 años (2001). \*\*\* 2 padres de 16 años (2002).

bebe, rechazo hacia el bebé, duelo por fallecimiento del bebé, duelo anticipado.

## Resultados

Los cuadros presentados a continuación analizan los datos poblacionales y las temáticas surgidas de las entrevistas sistematizadas, entre los años 1996 y el 2002 en el Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil "Ana Goitía" (Avellaneda, Provincia de Buenos Aires) (*ver Tablas 1 y 2*).

En lo referente a la **edad** del padre y de la madre, se puede observar lo siguiente:

- Descenso entre 1999 y 2001 de los padres menores de 20 años,.
- En relación a la **edad** de las madres, la misma no varía en los años estudiados, encontrándose un

porcentaje importante de maternidad precoz (<16 5%) en los últimos tres años.

- El 70% aproximadamente de los padres y madres estudiados se localizan entre los 21 y 40 años.
- En relación a la **educación** de ambos padres, la población estudiada se encuentra mayoritariamente (80 y 90%) entre el primario y el secundario completo (*ver Tablas 3 y 4*).
- Los varones analfabetos representan una excepción en la muestra, encontrándose en él en una proporción pequeña. Además, la población sin escolaridad se localiza en el grupo de 20 a 40 años. No se encontró relación entre la maternidad y paternidad adolescente y la no escolarización o escolarización incompleta.
- Con respecto a la educación de la madre, se encuen-

**Tabla 2.** Edad de la madre (HMI "Ana Goitía", Avellaneda, 1996-2001).

Años	<20 años	21-30	31-40	≥ 41	Sin datos	Total
1996	76 29%	127 48%	50 19%	7 3%	2	262
1997-8	179 28%	294 47%	122 19%	17 3%	10	622
1999	129 35%	167 44%	68 18%	8 2	4	380
2000	72 24,5%*	141 48,5%	70 24,1%	8 2,7%	—	291
2001	62 23,9%**	152 54,8%	45 17,4%	10 3,9%	—	269
2002	63 24% ***	139 52%	57 22%	4 2%	—	263
<b>Total</b>						<b>2.087</b>

\* 15 (5,2%) madres menores de 16 años en el 2000. Se encontró 1 madre de 12 años, 1 de 13 años, 5 de 14 años, 2 de 15 años y 6 de 16 años. \*\* 13 (5%) madres menores de 16 años en el 2001. \*\*\* 3 madres de 14 años, 7 madres de 15 años y 14 madres de 16 años en el 2002.

**Tabla 3.** Educación del padre (HMI "Ana Goitía", Avellaneda, 1996-2001).

Años	p. inc./analf	p.com.	s.inc.	s.com	Univ	n.d.	Total
1996	12 6,4%	88 47%	23 28%	30 16%	4 2%	75	262
1997-8	41,2% 22 6%	179 45%	109 29%	66 17%	11 3%	123 1	622
1999	4 1% 20 5,3%	140 37%	71 19%	44 11,6%	6 1,6%	95	380
2000	10% 3,4%	88 29,8%	61 20,6%	35 11,85%	5 1,9%	95 32%	295
2001	1 0,4% 14 5,3%	77 29,3%	49 18,6%	48 18%	4 1,6%	70 26,2%	263
2002	1 0,4% 13 4,9%	85 32%	53 21%	47 17,7%	7 2,7%	59 22,3%	265
<b>Total</b>							<b>2.087</b>

tra sin educación menos del 1% de la muestra en los 6 años estudiados y también un porcentaje similar de primario incompleto entre los años 1996 y 2002. Se observa una disminución de primario incompleto en los años 2000 y 2002.

- Comparando el nivel educacional entre varones y mujeres, se observa un aumento en la primaria incompleta entre las madres en 1999. Pero mayor número de madres con estudios universitarios que padres. Se observó un leve aumento de población con mayor nivel educacional que concurre a este servicio de Neonatología por haber perdido su obra social.

### Pareja

En relación a la pareja, la muestra estudiada refleja que no existen diferencias en los años estudiados (96-02): el 75% aproximadamente de las parejas conviven. En cuanto a la categoría parejas estables pero que todavía no conviven se observan un descenso entre el año 2000 y el 2002 (*ver Tabla 5*)

Sin embargo las vicisitudes de la crisis social y económica que vive el país, nos hizo reflexionar y observar de manera más profunda fenómenos que coinciden con el aumento de la población de paternidad adolescente y otras cuestiones a profundizar.

En efecto, a partir de 1997 se incorporaron las

**Tabla 4.** Educación de la madre (HMI "Ana Goitía", Avellaneda, 1996-2001).

Años	p. inc. analf	p.com.	s.inc.	s.com	Univ	n.d.	Total
1996	3 1% 17,7%	96 45%	70 33%	25 12%	5 2%		262
1997-8	5 1% 45,9%	193 40%	127 27%	89 19%	16 3%	14 7	622
1999	3 0,8% 36 9,5%	115 30,3%	94 24,7%	58 15,3%	15 3,9%	59	380
2000	1 0,3% 1 diferenc. 18 6,1%	80 27,1%	76 25,8%	48 16,3%	9 3%	62 21%	295
2001	1 0,4% 11 4,2%	75 28,6%	69 29%	51 19,4%	8 3,1%	-	263
2002	1 0,4% 2 diferenc. 15 5,7%	67 25%	82 32%	50 18,9%	11 4%	37 14%	265
<b>Total</b>							<b>2.087</b>

**Tabla 5.** Pareja (HMI "Ana Goitía", Avellaneda, 1996-2001).

Años	Estables conviven	Estable no convive	Inestable	Separada durante embarazo	Sola sin apoyo	Sola con apoyo	No datos	Total
1996	212 81%		19 7%		30 11%		1	262
97-98	494 79,5%	21 3,4%	54 8,7%		16 2,6%	27 4,3%	9 1,4%	621
1999	309 81%	21 5,5%	7 1,8%		2 0,5%	40 10,3%	2	380
2000	224 75,9%	32 10,8%	5 1,7%	3 1%	3 0,3%	23 7,8%	5 1,7%	295
2001	196 74,5%	21 8%	2 0,8%	6 2,3%	3 1,3%	30 11,5%	5 1,9%	263
2002	209 78,9%	12 4,6%	5 1,9%	9 3,4%	2 0,8% 1 0,4% violación	20 75%	7 2,6%	265
<b>Total</b>								<b>2.087</b>

variables: **pareja estable pero no conviven, sola con apoyo familiar y separada durante el embarazo.**

Se puede observar que si en 1996 localizamos un 11% de madres solas. A partir del 97, aplicando el nuevo diseño, se discriminó entre las madres solas, con o sin apoyo familiar. La mejora de nuestro instrumento permitió describir cuál es la situación de la madre en relación a la contención del grupo social.

Los datos reflejan una aceptación por parte del grupo familiar extenso de la madre sola, que le permite proseguir su embarazo contando con apoyo. Son escasas las madres que no cuentan con una red de sostén familiar o barrial.

Se observa que desde 1999 hay un aumento de madres solas con apoyo familiar, 10% aproximadamente, que deciden proseguir con el embarazo y tener al hijo a diferencia de los años anteriores.

### Cantidad de hijos

En relación a la cantidad de hijos, la muestra presenta que no existen diferencias en los años estudiados. Sólo se encontró una tendencia en alza en el 2º hijo del año 2001: 17% aproximadamente de los años 1999 al 2000, subiendo al 23% en el 2001 y al 25% en el 2002 (*ver Tabla 6*).

Es notable que la mitad de la población estudiada se localiza en el primer hijo. Se podría pensar que las variables de estrés psicológico tienen un efecto mayor en el primer embarazo y parto, debido al desconocimiento de esa experiencia vital.

### Ausencia de sucesos significativos

Se observa **ausencia de sucesos significativos** en los años estudiados en un porcentaje pequeño de esta muestra. El mismo no varía significativamente entre los años 1996 y 2001. En el 2002 se observa una

variación en relación a los otros años. Esto podría asociarse a la crisis socioeconómica durante ese año en nuestro país. Es de destacar que esto demuestra la presencia de variables psicosociales cointervinientes en los casos de prematuridad, patologías neonatales y trastornos maternos (*ver Tabla 7*).

Se puede observar que el trabajo se concentró en el apoyo psicológico brindado a la madre sana cuyos bebés estaban internados en Terapia Neonatal y en menor proporción en madres internadas con bebés sanos ya que son menos las madres con patologías (*ver Tabla 8*).

Se puede observar que un aumento significativo de no aceptación de embarazos en el año 2001 en relación al resto de los otros años (27,4%). En el año 2002 aparece un 24,6% considerando la columna de "al principio no" (*ver Tabla 9*).

Durante el año 2001, la no aceptación del embarazo en este grupo de mujeres podría estar relacionado principalmente a sucesos significativos que han tenido en ese año, entre los cuales prevalecieron los problemas actuales, problemas sociales y problemas de pareja. No se encontró relación con problemas físicos o psicológicos: este grupo sólo presentó problemas físicos y psicológicos en un 30% (*ver Tabla 10*).

Es interesante de destacar que, a pesar de la no aceptación del embarazo el 50% de estas mujeres, manifestaron haberse imaginado el bebé durante el embarazo y sólo el 36% no se había imaginado al bebé.

Sin embargo el 85% de los 72 bebés no aceptados durante el embarazo presentaron diversos motivos de internación en Neonatología; sólo el 15% se encontraban sin problemas de salud. Esto conduce a reflexionar sobre la incidencia de estos factores en los momentos críticos del nacimiento y de qué manera la situación de crisis social padecida durante el año 2001

**Tabla 6.** Cantidad de hijos (HMI "Ana Goitía", Avellaneda, 1996-2001).

Años	1 <sup>er</sup>	2 <sup>do</sup>	3 <sup>er</sup>	4 <sup>to</sup>	5 <sup>to</sup>	6 <sup>to</sup>	+7 <sup>to</sup>	Total
1996	114 43%	43 16%	40 15%	21 8%	21 8%	9 3%	14 5%	262
97-98	297 48%	108 17%	83 13%	64 10%	25 4%	17 3%	19 3%	621
1999	176 46%	66 17%	51 13%	33 9%	22 6%	11 3%	11 3%	379
2000	142 48,1%	52 17,6%	36 12,2%	27 9,2%	11 3,7%	14 4,7%	13 4,4%	295
2001	132 50,2%	61 23,2%	32 12,2%	15 5,7%	9 3,4%	6 2,3%	8 3,1%	263
2002	113 42,7%	68 25,7%	40 15,1%	23 8,7%	5 1,9%	5 1,9%	11 3,1%	265
<b>Total</b>								<b>2.085</b>



y 2002 en nuestro país, influyó en el aumento significativo de la no aceptación de esos embarazos y la imposibilidad económica de interrumpirlos o de prevenirlos entre esa población estudiada.

Durante 1996 aparecen la muerte y los problemas familiares como preocupantes para la madre. En un segundo lugar se encuentran el tema social y la pareja, quedando relegados los problemas físicos y psicológicos que la madre pudo padecer durante su embarazo.

En el año 1997, los problemas relacionados con la muerte, la cuestión familiar y la pareja alcanzan un porcentaje similar de preocupación por parte de la madre, no así en el año 1998, donde el 18% de los temas preocupantes se centran la muerte de hijos o familiares cercanos.

Es notable que a pesar de realizar esta investigación-acción con un grupo humano castigado por la crisis económica, todavía en esos años, las madres toman como temas más preocupantes los relacionados con su propia historia de maternidad y no con la

cuestión económica. En los tres años mencionados, lo social ocupó el cuarto lugar de preocupación estando por encima y el tema de la muerte, los problemas familiares y la situación de la pareja. Esto llevaría a considerar a la maternidad como una situación de especial sensibilidad, donde la cuestión de generar vida, necesita de un sostén “psicológico fuerte” y adecuado al estilo winnicotiano. Las “fisuras” en el ámbito de la pareja o de la familia, son situaciones que pueden impedir un buen desenlace del parto y acarrear problemas durante el puerperio.

El estudio de los casos permitió que a partir del año 1999 se pueda discriminar claramente entre cinco tipos de problemáticas: (ver *Tabla 11*).

- Sucesos significativos o “life event” vividos negativamente por la madre.
- Problemas físicos durante el embarazo.
- Problemas psicológicos asociados al embarazo. Incluso se detectó el considerar al embarazo como un “life event negativo”.
- Los conflictos infantiles.
- El impacto ante el nacimiento.

Estos dos últimos ya se encontraban identificados en el modelo de entrevista anterior. Sin embargo, en el actual diseño se aislaron además las problemáticas asociadas al embarazo en sí mismo por un lado, y los sucesos ajenos al mismo pero relatados como fuentes de ansiedad y angustia por la madre (life event). Asimismo, dentro de cada grupo se distinguieron las problemáticas específicas que aparecieron con mayor frecuencia.

Se observa un aumento significativo de “life event”

**Tabla 7.** Ausencia de problemas.

Año	No aparecen problemas		Total
1996	29	<b>11%</b>	262
1997	48	<b>17%</b>	282
1998	54	<b>16%</b>	340
1999	59	<b>15%</b>	380
2000	37	<b>12,6%</b>	295
2001	30	<b>11,4%</b>	263
2002	17	<b>6,4%</b>	265
<b>Total</b>	<b>2.085</b>		

**Tabla 8.** Entrevistas psicológicas según motivo de internación (1998-2002).

	Motivo de internación: bebé		Motivo de internación: madre y bebé con patología		Motivo de internación: madre		Total
1998-99	533	76,9%	13	1,8%	187	21,3%	<b>693</b>
2000	236	80%	13	4,4%	46	15,6%	<b>295</b>
2001	208	79,1%	23	8,7%	32	17,2%	<b>263</b>
2002	208	78,5%	30	11,3%	25	10%	<b>265</b>
<b>Total</b>	<b>2.085</b>						

**Tabla 9.** Aceptación del embarazo (1998-2002).

Tabla 3. Aceptación del embarazo (1998-2002).									
		Aceptación del embarazo		No aceptación del embarazo		No Dato		Total	
				Al principio no					
1998/9	482	69,6%	78	11,1%	27	3,9%	106	15,2%	693
2000	205	69,5%	48	16,3%			42	14,2%	295
2001	156	59,3%	72	27,4%			35	13,3%	263
2002	157	59,2%	32	12,1%	33	12,5%	43	16,2%	265

**Tabla 10.** Temas de la entrevista psicológica (1996–1998).

Año	Muerte	Pareja	Familia	Social	Físico	Psicológico	Otro hijo	Nº casos
1996	39 14,8%	35 13,3%	41 15,6%	28 10,6%	19 7,2%	19 7,2%	12 4,5%	262
1997	30 10,6%	30 10,6%	30 10,6%	23 8,3%	21 7,4%	21 7,4%	13 4,6%	282
1998	63 18,6%	38 10,9%	36 10,6%	23 6,5%	18 5,3%	21 6,2%	6 1,8%	340

**Tabla 11.** Temas que emergen en la entrevista psicológica (1999–2001).\*

Año	Life Event	Problemas físicos asociados al embarazo	Problemas psicológicos asociados al embarazo	Conflictos infantiles	Impacto ante este nacimiento
1999	235 61,8%	123 32,3%	137 36,05%	36 9,47%	110 28,95%
2000	198 67,12%	111 37,63%	88 29,83%	35 11,86%	100 33,90%
2001	169 64,26%	106 40,30%	96 36,50%	36 13,69%	104 39,54%
2002	201 75,8%	141 53,21%	96 36,23%	45 16,98%	114 43,02%

\* Los porcentajes surgen sobre total de los casos anuales (por ejemplo el % de 235 life event sobre 380 casos de 1999) superando el total ya que muchas madres refieren varios problemas simultáneamente.

y problemas físicos en el embarazo en el año 2002 en relación con los otros años. Suponemos que la aguda crisis socioeconómica fue la causa del incremento de estos porcentajes.

#### Life event años 1999-2000-2001-2002

Durante los años 1996–98 se priorizó el tema más importante relatado por la madre en tanto significativo de su angustia o ansiedad. A partir de 1999 se trató de especificar el total de los “life event” que la madre relataba. Es interesante que a partir de ese año se debió incorporar dentro de la problemática social, el ítem de la **violencia familiar y el de la violencia barrial, policial o tener familiares presos** como causante de estrés para la madre. Esta problemática era excepcional en los años anteriores. Se encontró lo siguiente (ver Tabla 12).

La Tabla 13 refleja los diversos problemas que, entre los llamados “life event”, expresaron las madres.

A diferencia de los años 96-98, la aguda crisis socioeconómica sufrida emerge como la fuente principal de preocupación de las madres entrevistadas en

los años 2000, 2001 y 2002. En el año 1999, todavía las problemáticas personales eran significativamente más importantes para la mujer embarazada, no obstante en los años siguientes la percepción fue diferente.

En relación al tema social se constató que en el año 2000, el tema de la desocupación –vivido como situación de estrés para la mujer embarazada– afectó a 34 madres entrevistadas sobre 198 (16%). En el año 2001, esta problemática se incrementó, y fue sufrida por 44 madres sobre 169 (23%). En el 2002, 54 madres

**Tabla 12.** “Life event” (1999-2002).

Año	Total “life event”	Violencia familiar	Violencia barrial, policial o familiares presos
1999	235	1 caso	4 casos
2000	198	5 casos	7 casos
2001	169	7 casos	2 casos
2002	201	3 casos	8 casos



sobre 265 (21%) expresó este problema durante su año de embarazo.

### Conflictos infantiles

Entre 1996 y 2002 se detectaron cuatro problemáticas diferentes: abandono en su infancia; fallecimiento de los padres; violación y/o abuso y otros. Se observa que las mismas no son relevantes en los años 96 y 97, aumentándose en el año 98 y considerablemente más en 1999, 2000, 2001 y 2002. Este aumento puede deberse a una mejor técnica de abordaje por parte del equipo de trabajo con el modelo de entrevista (ver Tabla 14).

### Discusión

La aplicación de la entrevista psicológica perinatal en el servicio de neonatología durante los años 1996 al 2002 permitió constatar que los sucesos significativos para la madre se centran principalmente en: muertes, problemas de pareja, problemas actuales y problemas sociales.

En relación a edad, se encontró un aumento considerable en 1999 de los padres y madres menores de 20 años. Los varones participan en el nacimiento crítico de su bebé, con una actitud de sostén ante el hijo y la madre adolescente. Una actitud llamativa, observada en este último tiempo, es su preocupación sobre la inscripción legal del niño con su propio apellido, cuestión muchas veces reticente por parte de la madre adolescente y su familia. Es notable como estos jóvenes padres se comprometen en su nuevo rol, participando activamente cuando se lo permite en el cuidado de los niños en la incubadora. Este cambio de actitud estaría manifestando la necesidad de indagar sobre la paternidad adolescente, como entidad psíquica poco investigada.<sup>7</sup> No se encontró relación entre la paternidad adolescente y la no escolarización comparando el nivel educacional entre varones y mujeres, no obstante, hay un aumento en la primaria incompleta entre las madres desde 1999.

Por otra parte, el 80% aproximadamente de las parejas conviven. No existen diferencias en los años estudiados (96-02). Sin embargo las nuevas situaciones familiares hicieron imprescindible incorporar las variables: pareja estable, no conviven, sola con apoyo familiar y separada durante el embarazo. El 50% de los bebés internados son hijos de madres primerizas. Ello supone que el estrés psicológico tiene un efecto mayor en el primer embarazo y parto, debido al desconocimiento de esa experiencia vital.

Además, se pudo observar que se presenta un porcentaje similar de internación por prematuridad y patologías neonatales en los años mencionados. La muerte aparece como situación muy significativa tanto en la muestra del año 99 como en los otros años (96-98). La misma es resignificada por las madres como la situación generadora de mayor angustia aún cuando se produjo en años anteriores.

Se encontraron diferencias significativas en los temas sociales entre los años 99 y 2002, debiéndose incorporar la temática de violencia barrial y social que no se localizaba en los años anteriores.

El diseño del año 99 permitió perfeccionar el protocolo, caracterizando en forma diferencial el suceso significativo, la problemática física, la psicológica, los conflictos infantiles y el impacto ante el nacimiento.

**Tabla 14.** Conflictos infantiles

Año	Conflictos infantiles		Total de casos
1996	2	0,7%	262
1997	5	1,8%	282
1998	16	4,4%	340
1999	36	9,5%	380
2000	35	13%	295
2001	36	13%	263
2002	45	17%	265
			<b>2.087</b>

**Tabla 13.** Problemas que expresaron las madres (entre los "life event")

Año	Problemas de pareja	Muerte de hijos o familiares	Problemática social	Problemas actuales	Problemas con otros hijos
1999	46 19,57%	81 34,55%	51 21,70%	42 17,87%	15 6,38%
2000	32 16,16%	39 19,70%	70 35,35%	37 18,69%	20 10,10%
2001	36 21,30%	32 18,93%	49 28,99%	37 21,89%	15 8,88%
2002	28 13,93%	51 25,37%	58 28,86%	46 22,89%	18 8,96%

Se encontró un porcentaje similar –alrededor del 15%– de madres que no habían padecido problemáticas sicosociales durante el embarazo o en ese último año.

Se encontró un aumento de conflictos infantiles expresados por las madres entre los años 96 y 2002. Y se observó un aumento de problemas físicos y psicológicos durante el año 99 en relación a los otros años. Se consideró que la mayor detección de conflictos infantiles y de problemáticas físicas y/o psicológicas se debe al perfeccionamiento del modelo de entrevista y a un mejor abordaje por parte del equipo de trabajo.

## Conclusiones

La modificación del modelo de entrevista psicológica en un instrumento de diseño óptico facilita su incorporación a la historia clínica neonatal, su interpretación al equipo médico y permite un registro estadístico ágil por medio de la utilización de lectoras ópticas, pero hasta el momento no se logró la entrada de los datos a través de las mismas.<sup>12</sup>

Las dificultades se deben a que el instrumento es administrado por diferentes psicólogos, tornándose difícil la transcripción de la información de manera tan precisa y prolija para ser leído por lectoras ópticas.

Cabe señalar que la modalidad de entrevista continúa siendo semidirigida, teniendo como guía los datos requeridos por el instrumento. Se completa inmediatamente después de realizada la entrevista, ya que el mismo debe ser incorporado rápidamente a la historia clínica neonatal, para que pueda ser leído por las sucesivas guardias de Neonatología.

La detección de los sucesos significativos, implicó para el equipo de salud tener en cuenta que el sentido del embarazo, del parto y del puerperio no se puede pensar sólo desde el acto médico sino que la constelación familiar, de pareja y social, son significantes de alto impacto ante la situación de embarazo y nacimiento.

Se comprobó que la palabra emerge cuando se ayuda a ordenar las emociones suscitadas por el proceso de maternaje, reorganizando los sucesos vividos anteriormente y ofreciendo a la madre la posibilidad de reconstruirlos, siempre y cuando los psicólogos neonatales ofrezcan un espacio para la puesta en marcha de dicho proceso.

El trabajo en equipo de los psicólogos con los neonatólogos, pediatras y obstetras en el seguimiento de las madres y bebés internados en las distintas áreas, implica un posicionamiento en el campo de la salud.

La doble crisis que atraviesa a la madre (vital y circunstancial) es generadora de angustia y ansiedad: se trata de un sujeto humano que acude a otro para pedirle ayuda y no siempre el saber médico puede contemplar ni valorar el aspecto psicológico.

El fenómeno del acto médico no es meramente reductible a la acción técnica, ya que allí hay un sujeto que sufre.

Introducir la dimensión de lo psicosocial de las madres y sus familias en los efectores de atención materno infantil e introducir un protocolo específico de lo “psicológico” en las historias clínicas, implica una manera de aliviar la crisis de la relación médico-paciente (cuando se instituye) para tornarla nuevamente operante en un sentido terapéutico.

## Referencias bibliográficas

1. Brand M. Immunologic aspects of preterm labor. Seminary in Perinatology. 1991.
2. Boulot P. Hipotrophie foetale: psychopathologie. Revue de la littérature. Journal Gynecologique Obstetrique Biologique Reprod 1992; 21:851-6.
3. Newton RW, Hunt IP. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. BMJ 1984; 288:1191-4.
4. Lebovici S. La Transmission Transgénérationnelle (TGG). En: Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles. Editions Médecine et Hygiène. Geneve, 1996.
5. Molenat Françoise. Mères Vulnérables. Les maternités s'interrogent. Stock. Laurence Pernoud. Francia, 1992.
6. Oiberman A, Vega E, Galíndez E y otros. Detección de factores de riesgo psicosocial en el postparto inmediato. VI Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA, 1998: 346-358.
7. Oiberman A. Relación padre-bebé: inicio de una relación. Editorial de la Universidad de la Plata. La Plata, 1998.
8. Oiberman A, Fiszlewe R, Galíndez E, Mercado A. Un modelo de entrevista psicológica en situaciones críticas de nacimiento. Revista Interdisciplinaria, 1998: Vol. 15.
9. Oiberman A y cols. De la entrevista psicológica al diseño óptico: detección de factores de riesgo psicosocial en momentos críticos del embarazo. VIII Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología de la UBA, 2000.
10. Oiberman A y cols. Un nuevo instrumento diagnóstico en situaciones perinatales: La entrevista psicológica de diseño óptico. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología 2000; 5 (2): 77-89.
11. Oiberman A. El lugar de la palabra en las maternidades: aproximación de una psicología perinatal. Psicodebate. Revista de la Universidad de Palermo 2000: 1.
12. Oiberman A, Schneider S, Vega E, Galíndez E, Mercado A, Santos S, Mansilla M, Grisolia E. Nacer y después. Psicología Perinatal. Libro Multimedia. Ediciones Ciipme-Conicet. Buenos Aires, 2003.
13. Salvatierra MV. Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Barcelona. Editorial Martínez Roca, 1990.